



北見市医療・介護連携支援センター
 〒090-0837 北見市中央三輪2丁目302-1
 医療法人社団高翔会 北星記念病院内
 TEL 0157-51-1244

入退院支援から在宅療養支援へ向けた現状と課題

—地域における多職種連携—

北見赤十字病院 副院長(兼:患者支援センター長) 上林先生と坂本副センター長へインタビュー

団塊の世代が全員75歳以上となる2025年まであと2年。その先の2040年に向け、85歳以上の人口が急増し、高齢者単身世帯や夫婦のみ世帯が増加します。介護が必要となってもできる限り住み慣れた地域でこれまでの日常生活に近い環境で暮らし続けられる、「地域包括ケアシステム」を深化させていかなければなりません。これに向け、北見赤十字病院では令和4年10月にこれまで部署ごとに分かれていた患者さんに対する支援部門を統合しました。そこで医療と介護連携を推進する北見赤十字病院の副院長で患者支援センター長の上林先生(消化器内科・腫瘍内科)と、看護副部長で同副センター長の坂本 順子さんへお話を伺いました。

患者支援センターが発足して1年が経過しようとしています。部署が総合化することによる効果はいかがですか。

患者さんや家族が困った時、どこの誰に相談すればいいのか?、不安や心配事もたくさんあると思います。従来は各科の外来が窓口になって対応していました。外来だけ、また関連部署がバラバラではきちんとした対応ができません。そこでまず多職種の院内連携を深めることが必要でした。これがセンター設立の目標の一つです。関連部署が総合化し、多職種の職員が一つのフロアで業務を行うようになり、お互いの働き方がみえるようになりました。会議や打ち合わせも増え、各部署の課題が共有できるようになりました。例えば電話の取次一つにもその効果が現れています。従来は他部署で鳴った電話を取ることはありませんでした。しかし一つのフロアという意識が育ち、スタッフ不在時も取り次ぐようになりました。小さなことかもしれませんが、互いにサポートし合うという雰囲気が生まれています。また総合化した結果、多職種の院内連携には今まで気づかなかった課題がたくさんあることも分かってきたので少しずつ解決していければと思っています。



上林センター長と坂本副センター長

療・ケアを提供しなければなりません。2022年度に当院に新たに入院された患者さんは約12,000人で、平均在院日数は12.6日でした。

まず、退院支援と病床管理です。当院の役割を果たすためには、常に新たに患者さんを受け入れるために病床(ベッド)を準備しなければいけません。つまり退院してもらわなければなりません。患者さんには病状に加えて社会的事情がありますから、そのまま自宅に帰れない方が一定数います。退院に向けての支援が必要で、「患者支援課」を中心に多職種で対応します。センター設立前は、各病棟に配置した退院支援に関わる看護師と退院支援課の部門スタッフが対応していましたが、設立後は、経験を有する看護師と社会福祉士がセンターに集約され、ペアで担当しており、支援のレベルは向上していると感じています。転院受け入れの調整は「病床管理室」が担っています。

退院支援、病床管理は、地域の医療機関・介護・福祉の皆様との連携、ご理解とご協力がなければ成り立ちません。いつも大変お世話になっておりますことをこの場をお借りして御礼を申し上げます。

診療報酬制度は入院期間短縮化を求めています。高齢者などは併存疾患などもあり、入院期間が長引きます。この課題に患者支援センターではどのように対応していますか。

とても重要な課題です。3つの対応があります。退院支援と病床管理、そして入院前支援です。当院は管内唯一の3次救急救命センターであり、高度急性期・急性期病院として、365日24時間、当院が対応すべき患者さんに対して適切な医

目次 :

入退院支援から在宅療養支援へ向けた現状と課題	1
北見市における在宅医療・救急医療の課題	2
「北見地域のがん患者さん支援の充実に向けたセミナー2023」を開催しました	4
第2回北見市医療と介護の実践報告会のご案内	4



北見市医療・介護連携支援センターのホームページです是非ご覧下さい

次に入院前支援です。先ほどお話しした2022年度に入院した患者さん約12,000人のうち、56%の約6,500人が予定入院で、救急や臨時の入院が約5,500人です。予定入院は予め入院日が決まっているので、入院する前に準備ができます。ご指摘の如く高齢者や併存疾患を有する患者さんが増えていますので、入院前から退院後を見越し、入院から退院後までの流れ（フロー）をマネジメントする、PFM（Patient Flow Management）のもと、新たな取り組みとして入院前支援として入院前の患者リスク評価を開始しました（右上図参照）。入院患者さんに対し、各科外来で行われていた入院前のリスク評価を「入院支援係」で多職種で行っています。看護師と医師事務作業補助者による既往歴、心配な症状・採血結果による他科への確認や受診の調整、薬剤師による内服薬の確認と休薬指示・代替え処方、管理栄養士による栄養指導、理学療法士によるフレイル対策など、多職種で連携して評価し対応します。現在は7診療科の予約入院患者さんの一部で施行しており、対象患者さんを順次増やしているところです。以前よりきめ細やかな対応ができて医療安全の向上が得られています。

多職種協同による患者リスク評価

看護師	問診をして検査結果ともに記録・入力
薬剤師	持参薬を確認し、休薬を含む服薬指導 PBPMによる前処置薬処方、抗血栓薬の置換薬処方
医師事務作業補助者	追加検査予約 他科・他院照会・受診予約 診療情報提供書作成
栄養士	食事・栄養指導
リハビリ	フレイルリハビリ
医師	総合評価・治療方針決定

PBPM: Protocol Based Pharmacotherapy Management

最後に地域の医療・介護関係者へ向けたメッセージをお願いします。

2024年1月、当院は電子カルテシステムを更新します。道立北見病院とシステムを統一し、新たに「地域医療連携システム」を導入します。2病院で診療した患者さんの療養にとって大切な情報を、患者さんのご承諾の上で、地域の皆様と共有させていただけるシステムとして準備中です。地域の皆様との連携を強化し、より良い、医療・ケアを受けていただけるよう準備を勧めています。今後とも皆様からの忌憚のないご意見とご指導を賜りますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

北見市における在宅医療・救急医療の課題

第1回在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議を開催しました

高齢化の進展に伴い高齢者の救急搬送が増加し、在宅や施設で最期まで療養することを希望する本人の病状が急変した際、本人の意思に沿わない救急搬送の増加が懸念されています。北見市では昨年度、厚生労働省が主催した「在宅医療・救急医療連携セミナー」が開催されました。その結果、在宅医療・救急における連携体制構築の継続が必要とされ、令和5年9月28日に第1回目の在宅医療・救急医療連携ワーキングチーム会議を開催しました。

本会議は、人生の最終段階において本人の意思が尊重されるための課題と解決策を検討することを目的として、在宅医療と救急医療の関係者間で連携ルールを運用できるよう、連携ルールの内容の検討や運用に向けた協議を行います。第1回目は北見医師会、北見地区消防本部や介護支援専門員連絡協議会などの団体をはじめ、北見赤十字病院、小林病院などの救急医療機関や、北見保健所など19の団体・機関の皆さんにお集まりいただきました。本会議における課題と活動目標を以下の通りとしました。

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議の目的

本人の意思決定支援（ACP）はもとより、**その意思が実現できる環境の整備**へ向け、多機関での協議を行い、本人の意思に沿った在宅医療と救急医療の実現を目指します

1. 在宅や施設で最期まで療養することを希望する本人の病状が急変した際、本人の意思に沿わない救急搬送が増加。
2. 救急要請後、DNARの意思が判明した場合に不搬送のルールがなく対応に難渋。
3. 急変時および心肺蘇生時の対応を事前に話し合っていない高齢患者が救急医療現場へ搬送後、本人の意思が不明なまま、初対面の医師が対応の判断を迫られている。
4. 在宅療養者や施設入所者等が急変した場合、訪問診療医師や、かかりつけ医の判断が無い場合、救急搬送時に受け入れ医療機関が決まらない場合がある。

また課題を解決するための会議で取り組む目標を検討しました。

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議の活動目標の設定(案)（当事者にとっての目標）

高齢者が希望する医療を受けることができる

- ・希望しない救急医療を受けないようになる

高齢者が希望する最期の場所で過ごすことができる

- ・自宅や施設での訪問診療で死亡診断を受けることができる

高齢者の家族が、医療的対応に納得することができる。

- ・納得した話し合いと家族・関係者との情報共有、関係職・医療機関等の対応

高齢者施設、救急隊、救急医療、在宅医療、ケアマネジャーなどすべての関係者が疲弊しない持続可能な仕組みができる

- ・今後到来する多死社会と人口減少に耐えられる仕組みをつくる

高齢者が希望する医療を受け、希望する最期の場所で過ごすことができることや、高齢者施設、救急隊、救急医療、在宅医療、ケアマネジャーなどすべての関係者が疲弊しない持続可能な仕組みができるなどを目標としていくことで一致しました。

今後は、各機関に対し調査を行うとともに、地域の関係者へ向けた課題を共有するセミナーを開催することとなります。

在宅医療・救急医療にかかわる地域の課題で出された意見を紹介します。

- ❶ 心肺停止の高齢者患者さんを医療機関へ搬送後、救急処置を望まぬことが判明し、医療機関からお叱りを受けたケースがあり、歯がゆい思いをした(救急隊)。
- ❷ 救急処置を望まないことに承諾を得ている家族の範囲をどこまでにするか。救急処置を実施しなかったことで家族から非難されることもあった(救急隊)。
- ❸ 救急処置を望まない場合で慌てて救急要請したあと、少し落ち着いた時に冷静になってACPを申し出るケースもある。この場合は「仕方ない」という整理しかないだろう(救急病院医師)。
- ❹ 救急隊は救命し搬送することが使命である。現場でACPを確認し、不搬送にすることは現実的に難しい。救急搬送先の医療機関で意思を確認することも方法の一つだろう。どういう条件で不搬送にするかという要件を決めていくことは重要である。まずは明らかに不搬送が望ましい場合はどういうケースから初めても良いだろう(救急病院医師)。
- ❺ ACPを進めていくこと。単身で身寄りのない方には特に対応する必要がある。またACPIはDNARを内包しており、救急処置の有無を決める前に、本人の希望を尊重すべきだろう(在宅支援病院医師)。
- ❻ 自宅や施設での看取りをする際、死亡診断のための緊急往診をする医師の輪番制の仕組みができないだろうか(在宅支援病院医師)。
- ❼ ケアマネジャーはACPの推進についてはあまり浸透していない。仮に決めたとしてもチームでどのように共有するとよいかという課題がある(ケアマネジャー)。

- ❶ 10年前は搬送先の医療機関で、家族が希望しなくても蘇生処置をしていた。最近では医療機関で処置の有無を医師から聞かれるなど、対応の変化を感じている。また訪問による死亡診断ができないため、診断のために救急搬送を依頼するケースがある。これをスムーズに実施できるルールがあるとよいだろう(訪問看護師)。
- ❷ 施設で看取りを行えないのは施設の嘱託医の意向でもある。施設嘱託医が終末期と判断していない入所者の急変時は、本人の希望を聞き込めておらず、救急搬送をすべて依頼することが課題である。(施設担当者)。



会議の様子

会議ではこの他、これらの実態を把握するための高齢者施設、救急隊、救急医療、在宅医療、訪問看護師やケアマネジャーを対象とした調査を行うことを決めました。また令和6年1月に調査の報告を兼ね、地域の関係者を対象に課題の共有と解決方法を検討するのセミナーを開催することとしました。センターでは、今後も継続して、このテーマについて情報を発信して参ります。

「がん患者さん支援の充実に向けたセミナー2023」を開催しました

北見市における令和3(2021)年度の新規要介護認定者1,365人のうち、主病名で悪性新生物であった方は17.1%で、疾患別で第1位でした。こうしたなか、がん患者さん支援に向け在宅療養を支援する医療・介護関係の関連職種の協働、地域の医療・在宅・介護・生活支援サービスとがん診療連携拠点病院との十分な連携が求められます。そこで北見地域での在宅療養支援やがん診療連携拠点病院をはじめとする医療機関や居宅介護支援事業所などの介護保険サービス事業所職員との多職種連携を推進するセミナーを、今年度の北見市在宅医療・介護連携推進事業の一環として2回開催しました。

令和5年7月18日に開催した第1回目はオンラインを含め参加者は250名を超えました。医師、薬剤師、看護師やケアマネジャーらの退院支援へ向けた取り組み、多職種連携の実践などが報告されました。セミナーを終え、参加者から以下の感想を頂きました。

- ❶ 顔が見える他職種連携を説かれていたが、まさにその通りだと感じた。いざという時には杓子定期的な組織としての関係ではなく、個人と個人が信頼し合える関係での相互協力が必要になる。
- ❷ 一人の職種が抱え込むのではなく、多職種が連携し患者とご家族に寄り添うことが大切だ。
- ❸ 医療機関で働いていますが日々感じている課題は地域の方々と共通している。
- ❹ 医療行為が提供できない施設では、病院から退院してくるがん患者様を受け入れる際に非常に大きな不安を感じてしまう。
- ❺ 市をあげて他職種地域連携に各職種が専門性を発揮して積極的に取り組んでいることに感銘を受けた。

また、次回開催の際のご意見も頂きました。

- ❶ 分野をしぼり、深く現場の状況を知りたい。
- ❷ 終末期だが最後だとはおもっていない家族への対応。
- ❸ 架空の事例でがん患者さんの地域での関りについての検討会。
- ❹ 医療行為が提供できない施設における、がん患者を受け入れる不安。
- ❺ 訪問看護やケアマネに特化などそれぞれの視点ごとに会を設定。
- ❻ 関係各所が、連携先に求める対応とは何か。
- ❼ 入院から在宅に移行する流れについて。

そこで令和5年9月12日に開催した第2回では、一つの標準的な症例・事例を通じ、がん患者の発症から退院、そして在宅での暮らしまでの間に起こる流れを辿り、グループワークを交えて考えました。北見赤十字病院副院長で患者支援センター長の上林先生に症例を紹介して頂き、2点にポイントを絞ってグループワークを行いました。

1つ目のテーマは、がん患者さんに対する治療、ケアや転帰先に対する意思決定や方針決定における課題についてです。グループからは、本人の希望で抗がん剤を中止したことを妻へ伝えられないことを課題として捉えるばかりでなく、患者さんは家族や娘さんに対する余計な心配をかけた



くないという思いである。これは課題でもあるが、本人の意向という「強味」であることも医療・介護側はしっかり認識すべきという意見がありました。

次のグループワークでは、在宅療養を希望した場合、どんな支援や配慮が必要か。ケースの支援上、大切にしたい視点は何かや、どんな支援・対処方法があるかを討議しました。下記はグループからの意見です。

- 自宅退院が目標になりがちだが、本人や家族の意向や意識を多職種で共有し(予後、心構え)、希望を叶えるために、同じ方向を向いて支援することが大切。
- 余命2-3か月の間に調整が間に合う場合もあるが、時間が限られる場合には、在宅の準備に限界がある。
- 経済問題、仕事の調整、自宅の二階の寝室・住宅改修の必要性、福祉用具のレンタルや、そもそも家屋環境が帰れる状態なのかどうかの判断も必要。

今回のセミナーではがん患者さん支援であっても医療機

セミナーの報告は以下よりご欄頂けます。

地域におけるがん患者の緩和ケアと療養支援情報 普及と活用プロジェクト

<https://plaza.umin.ac.jp/homecare/index.html>

関と在宅療養機関における視点の違い、また職種ごとに価値を置くポイントの違いを理解できました。他職種の視点を理解することで、自身の支援の幅が広がるとともに「支援をつなぐ」「つないだ先の様子」を想像することができました。

開催後のアンケートでは以下の意見を頂きました。

- 職種が変われば同じ患者さんを見つめる視点も変わるということ、それが多職種連携の強みであることが患者支援に必要なことであると分かった。
- ケアマネジャーとして本人の希望を第一に考えていたが、予後の説明について医師より「本当は希望を持たせる様に説明したいが、それでは事実を理解し今後の事を受け入れて貰えない。」と伺った。生活支援の視点と、医学的な診断の間(はざま)で医療者も葛藤していることが分かった。

最後に本セミナーの開催にあたり多大なご協力を頂きました。帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 病院教授 渡邊 清高先生、北海道医療ソーシャルワーカー協会がん治療とソーシャルワーク専門部会の木川 幸一さま(北海道がんセンター)に改めまして感謝申し上げます。ありがとうございました。

第2回北見市医療と介護の実践報告会のご案内(告知)

超高齢と人口減社会を迎え、住民の「住み慣れた地域で暮し続けられる」という目標を共有することを目的に、医療機関と介護事業所等の各サービスが協力した実践を報告し合います。オンライン参加も可能です。

北見市医療・介護連携支援センター



【日 時】令和5年10月7日(土) 15:30~17:30

【会 場】北見市 端野町公民館 グリーンホール

【座 長】木村 輝雄先生(北見赤十字病院脳神経外科)

【助言者】逢坂 悟郎先生(兵庫県 加東保健所所長)

参加申し込みと抄録集の閲覧はこちらから

https://www.nouge.gr.jp/center/info/20231007_annai.pdf

第2回 医療と介護の実践報告会(演題) 詳細は抄録集をご覧ください

1. 機能訓練において納得を意識した関わりの効果(デイサービス 理学療法士)
2. 集めること...それがA様の役割(介護老人保健施設 介護福祉士)
3. 本人や家族の意思を尊重し、多職種による心不全療養指導を実践した一例(病院 看護師)
4. 意思決定を尊重した退院時連携(多職種連携)から在宅で心不全療養指導を継続している一例(訪問看護師)
5. 入退院時におけるケアマネジメントについて(居宅介護支援事業所 介護支援専門員)
6. 認知症になっても住み続けられる公営住宅を目指して(地域包括支援センター 認知症地域支援推進員)
7. 薬剤師だけでは解決できない服薬管理について(病院 薬剤師)
8. 自殺企図に伴う居住地の喪失と治療反応が得られ難い患者の退院支援(病院 精神保健福祉士)
9. 北見赤十字病院の電子カルテシステム更新と地域包括ケアシステム『ケアミル』の導入(医師)

発行者 北見市医療・介護連携支援センター

〒090-0837 北見市中央三輪2丁目302-1 医療法人社団 高翔会 北星記念病院内

(★を@に変えてください)

電話: 0157-51-1244 (センター直通)

FAX: 0157-51-1241 電子メール: kitami.medicare@nouge.gr.jp